

LA PREVALENCE DES DERMATOSES DANS LES ECOLES CORANIQUES A DAKAR (SENEGAL)

SKIN DISEASE IN KORANIC SCHOOLS IN DAKAR (SENEGAL)

Niang Suzanne Oumou, Kane Assane, Diallo Moussa, Kane Sira, Dieng Mame Thierno, Ndiaye Bassirou

Correspondance : Suzanne Oumou Niang Service de Dermatologie – Hopital Le Dantec Dakar BP 3001 Tel : 00 221 569 89 52 ; 00 221 821 57 49 Email suzeoumou@yahoo.com

Summary : The koranic schools are in poor socio-economical conditions in Dakar and skin diseases are common in these conditions. The goal of our descriptive study was to determine the prevalence of skin diseases occurring in these situations. One hundred five boys from four koranic schools of Dakar were examined. Eighty percent of the examined boys were with unless one skin disease. Tinea capitis (42,66%), scabiosis (13,33%), pyoderma (15,33%), plantar keratodermia (100%) were the skin diseases. In 34,52% these skin disease were associated and antecedents of skin infections diseases were reported in 89,5% of boys. Atopic dermatitis was in 2,38% cases, keloid in 1,19%. The others frequent diseases were abdominal parasitosis (71,42%), umbilical hernia (6,66%). All skin diseases were improved only in 50% of cases after two months of treatment. Tinea capitis was cured in 4 months after treatment. The high prevalence and the chronicity of the skin disease were due to poor socio-economical conditions.

Key-words: koranic schools, prevalence of skin disease, Dakar

Résumé : Les couches socio économiques défavorisées se sont élargies aux élèves ou talibés des daaras ou écoles coraniques. L'objectif de notre étude était d'évaluer la prévalence des dermatoses chez les talibés. Une étude descriptive a été effectuée chez 105 talibés répartis dans 4 daaras. Les daaras étaient caractérisés par une insalubrité et une promiscuité et les talibés vêtus d'habits sales et sans chaussures pratiquaient la mendicité. Quatre vingt pourcent des talibés présentaient une dermatose dont une teigne dans 42,66% des cas, une gale dans 23,33%, un impétigo dans 15,33% des cas, une kératodermie plantaire dans 100% des cas. Plusieurs dermatoses étaient associées dans 34,52% des cas. Un antécédent de dermatose infectieuse était noté dans 89,5% des cas. Une dermatite atopique était noté dans 2,38% des cas. Les autres affections fréquentes étaient les parasitoses digestives dans 71,42% des cas et la hernie ombilicale (6,66%). L'évolution de l'ensemble des dermatoses n'était favorable que dans 50% des cas après 2 mois de traitement. La guérison des cas de teigne n'a été obtenue qu'après 4 mois de traitement antimycosique par voie orale et en topique. La forte prévalence des dermatoses infectieuses comparée à celle des autres dermatoses non infectieuses et celle non dermatologiques et leur persistance malgré le traitement est lié à la précarité et à la persistance des facteurs de contagiosité.

Mots clef : prévalence dermatoses, écoles coraniques, Dakar

Introduction : Les dermatoses infectieuses sont des pathologies particulièrement fréquentes dans les couches socio-économiques défavorisées que ce soit chez les vagabonds, les prisonniers, les habitants des quartiers pauvres [1]. A Dakar, les couches socio-économiques défavorisées se sont élargies aux internats des écoles coraniques qui sont dénommés daaras. Près de 150000 élèves ou talibés sont regroupés dans ces daaras dirigés par des maîtres coraniques. Ils migrent vers la capitale et vivent dans des conditions de précarité et d'insalubrité les exposant à la mendicité [2]. L'objectif de notre étude était d'évaluer la prévalence des dermatoses dans cette

communauté et d'analyser les facteurs favorisants.

Malades et méthode : Une étude descriptive a été menée d'octobre 2004 à Mars 2005 soit une période de 6 mois. Elle a porté sur 4 daaras choisis au hasard parmi les centaines logés à Dakar de manière anarchique et clandestine. Le choix était guidé par le consentement des maîtres coraniques. Deux daaras parmi les quatre étaient implantés à Ouest Foire qui est un quartier neuf avec plusieurs maisons en construction inachevée. Les deux autres étaient logés à la Médina, quartier populaire situé au centre ville et comportant de nombreux bidonvilles. Une consultation

était effectuée par un dermatologue chez tous les talibés résidant de manière permanente excluant ainsi ceux qui fréquentaient l'école sans y être internés. Les paramètres étudiés étaient l'état civil incluant l'origine géographique, le statut orphelin ou non, les conditions de vie notamment d'hygiène et d'alimentation, les activités quotidiennes, les antécédents médicaux et chirurgicaux, les résultats de l'examen clinique, l'évolution sous traitement durant six mois. Des prélèvements mycologiques du cuir chevelu étaient effectués en cas de suspicion de teignes. Un traitement adapté était institué en cas d'affection (antimycosiques, antibiotiques, antiparasitaires). Les médicaments étaient donnés gratuitement par des firmes pharmaceutiques.

Résultats

Condition de vie et d'habitat : Les daaras étaient implantés dans des habitations sommaires sous forme de baraques ou de bâtiments en chantier dépourvue d'électricité et d'eau. Les conditions d'hygiène étaient défectueuses (fig 1) et les sanitaires étaient parfois réduits à des fosses septiques ou à des pierres entassées autour d'un trou. Les quatre baraques hébergeaient en totalité 105 talibés avec respectivement 25, 24 , 26, 30 talibés dans chaque baraque. Ils dormaient au sol, entassés sur des nattes sans draps ni couvertures. Les talibés étaient habillés de haillons très sales Les bains étaient effectués en groupe une fois tous les quinze jours avec le même filet de même que le rasage avec la même lame. Les repas étaient pris en communauté et la nourriture provenait des offrandes mélangées dans des pots de conserve vide. L'horaire dévoué à l'enseignement coranique était de deux heures en moyenne, le reste de la journée était consacré à la mendicité dans les rues de la ville sans port de chaussures (fig2). L'activité de mendicité était couplée à celle de portage dans les marchés pour augmenter les gains.

Epidémiologie : Les 105 talibés étaient tous de sexe masculin âgés entre 0 et 16 ans avec une moyenne de 10,86 ans. Ils étaient sénégalais dans 66 cas (60,39%) et bissau-guinéens dans 39 cas (37,14%). Vingt parmi eux (19,04%) étaient orphelins. La durée de séjour dans les daaras variait de 2 mois à 8 ans avec une moyenne de 3,42 ans. La

recherche d'antécédents permettait de retrouver une dermatose d'allure infectieuse dans 94 cas (89,50%). Une gale collective avait été notée dans 3 des 4 daaras durant l'année en cours. Elle avait été diagnostiquée et prise en charge dans les structures sanitaires voisines. Les autres antécédents étaient un asthme dans 1cas, une cécité dans 1 cas, une fracture de jambe dans 1 cas, une laparotomie dans 1 cas.

Les aspects cliniques et paracliniques :

Quatre vingt quatre enfants soit 80% étaient porteurs de dermatose (tableau I). Les dermatoses étaient associées dans 29 cas soit 34,52% (tableau II). Les teignes étaient à petites plaques dans 34 cas (68,75%), à grande plaque dans 20 cas (31,25%) et diffus (fig 3) dans 10 cas (15,65%). Les prélèvements mycologiques isolaient *Trichophyton soudanense* dans 11 cas (17,18%), *Trichophyton rubrum* dans 7cas (10,93%), *Microsporum canis* dans 23 cas (35,93%) et *Microsporum langeroni* dans 21 cas (32,81%). La gale (fig4) était sous forme croûteuse dans 10 cas (28,57%). Il existait des plaintes multiples à type de prurit dans 54 cas (51,42%), d'arthromyalgies dans 20 cas (19,04%), de céphalées dans 20 cas (19,04%), des douleurs abdominales dans 22 cas (20,35%). D'autres pathologies extra cutanées étaient retrouvées dont une parasitose intestinale dans 75 cas (71,42%) sous forme de prurit anal ou d'émission de ver, une malnutrition protéino-calorique dans 1 cas (déviation de moins de 2 de la courbe de croissance), un accès palustre sévère dans 1 cas, une hernie ombilicale dans 7 cas (1,09%), une infection urinaire dans 1 cas.

Evolution : Le délai de guérison était variable en fonction des dermatoses. L'évolution a été favorable dans 20 des 35 cas de gale (57,14%), dans 14 des 27 cas d'impétigo (51,85%) et dans les 3 cas d'herpès circiné (100%). Elle a été trainante dans tous les cas de teigne qui ont persisté après 3 mois de traitement. Les 2 cas de dermatite atopique de même que le cas de pityriasis rosé de Gibert ont régressé après 3 semaines de traitement.

DISCUSSION

Notre étude a porté sur 105 talibés recensés dans 4 daaras de Dakar choisis au hasard. Ils étaient tous de sexe masculin, avec une moyenne d'âge de 10,86 ans. Une consultation dermatologique permettait de

noter que 80% d'entre eux étaient porteurs de dermatose. Les teignes étaient les plus fréquentes (76,19%) suivi de la gale (41,66%), de l'impétigo (27,38%) et l'herpes circiné (3,57%). Ces affections étaient le plus souvent associées dans 34,52%. Et ces pathologies étaient retrouvées dans les antécédents dans 89,52% des cas. Les autres affections dermatologiques non infectieuses étaient l'eczéma atopique (2 cas), la chéloïde (1 cas). Les autres affections non dermatologiques importantes notées étaient les parasitoses digestives dans 71,42% des cas, la hernie ombilicale dans 1,09% des cas. La fréquence des dermatoses infectieuses est forte comparée à celle des autres affections dermatologiques ou non. Cette prédominance des dermatoses surtout infectieuses a aussi été observée dans une étude statistique réalisée par une association d'aide aux talibés [3]. qui avait recensée les différentes affections rencontrées chez 1515 talibés répartis dans 77 daaras. Elle a ainsi noté que 42 % des affections étaient des dermatoses traumatiques ou infectieuses, 16% des douleurs abdominales, 11% des céphalées, 9% des caries dentaires et 7% un paludisme. La forte prévalence et leur persistance malgré le traitement sont la conséquence des conditions de vie précaires et d'insalubrité auxquelles les talibés sont exposés. La relation entre précarité et dermatoses infectieuses a été démontré par de nombreux auteurs parmi lesquels Stratigo [1] aux Etats-Unis et Blum [3] dans des études menées chez des sans domicile fixes (SDF). Arfi [4] dans cette même population avait trouvé une prévalence de 73%. C'est ainsi que la gale du fait de sa contagiosité est très fréquente chez les enfants en âge scolaire, dans les hôpitaux et les maisons de retraite [5,6]. Au Brésil Heukelbach [7] a démontré son endémicité dans de nombreuses communautés pauvres. Dans notre étude elle a réalisé une épidémie dans 3 des 4 daaras. La fréquence de l'impétigo dans les communautés pauvres et à hygiène défectueuse a été démontrée dans une étude effectuée par Ye [8] au service de dermatologie de Ouagadougou où l'impétigo est le premier motif de consultation. De même la relation proportionnelle entre infections dermatophytiques et état d'hygiène a aussi été affirmée par Lauge [9] et Vaidya [10]. Les kératodermies plantaires par contre sont d'étiologie mécanique

secondaire à l'errance et à la marche sans port de chaussure. Un seul cas de dermatite atopique a été noté. Cette rareté de la dermatite atopique rejoint les résultats d'Ogunbiyi [11] qui a montré l'absence de dermatite atopique chez 1066 enfants issus des couches sociales défavorisées. Ces constatations plaident en faveur de la théorie hygiéniste [12] qui affirme qu'une bonne hygiène soustrait l'organisme en développement aux « bienfaits initiatiques des bactéries et de leurs toxines orientant le système immunitaire vers les réponses de type allergique. La quantité importante des offrandes explique le faible taux de cas de malnutrition protéino-calorique mais la mauvaise qualité de l'alimentation permet de comprendre la forte prévalence des parasitoses digestive et les douleurs abdominales. Les plaintes à type d'arthralgies, de myalgies, de céphalées sont liées au travail de portage dans les marchés et aux châtiments corporels. L'évolution sous traitement a été traînante dans la moitié des cas. Elle est due à la persistance des conditions de vie et d'hygiène et surtout des facteurs de contagiosité que sont la promiscuité, l'utilisation commune de filet de bain et de rasoirs

CONCLUSION

Les dermatoses infectieuses sont très importantes dans les daaras comparées aux autres affections dermatologiques ou non. La prévention et la prise en charge des dermatoses infectieuses dans les daaras passent inéluctablement par la modification du mode de vie des talibés et l'assainissement des daaras qui sont ainsi déviée de leur objectif initial qui est l'éducation religieuse et morale. L'amélioration des conditions de vie interpelle au premier plan les autorités, les organismes nationaux et internationales.

REFERENCES

1. Stratigos AJ, Stern R, Gonzales E, Johnson RA, O'Connell J, Dover JS. Prévalence of skin disease of shelter-based homeless men. *J Am Acad Dermatol* 1999;41(1):197-202.
2. Lanina B, Juan MT, Nelline Z. Les enfants des rues au Sénégal. Réseau global action Jeunesse, Editions Biliki et Gyan Paris 2005 41 p
3. Blum L, Bourrat E. Pathologies cutanées de la misère. *Rev Prat* 1996 ;46(15):1833-43.

4. Arfi C, Dehen L, Benassaria E, Faire P, Farge D, Morel P, Dubertret L. Consultations dermatologiques chez des personnes en situation précaire : étude prospective médicale et sociale à l'hôpital de Saint Louis de Paris. *Ann Dermatol* 1999;126(10):682-6.

5. Bensalah Y. Contribution à l'étude de la gale à Dakar. Thèse Méd Dakar 1996 :46(15) :1833-43.

6. Estrada B. Ectoparasitic infestations in homeless children. *Semin Pediatric Infect Dis* 2003;14(1):20-4.

7. Heukelbach J, De Olivera FA, Feldmeir H. Ectoparasitoses and public health in Brasil: challenges for control. *Cad Saude Publica* 2003;19(5):1534-40.

8. Ye D, Traoré A, Ouedraogo TR. Impetigos de l'enfant en milieu tropical. *Ann Dermatol Veneréol* 2003 ;130-58.

9. Lange M, Nowicki R, Baranska-Rybak-Bykowska B. Dermatophytosis in children and adolescent in Gdansk Poland. *Mycoses* 2004;47(7):326-9.

10. Kane A, Niang F, Ndir O, Ndiaye B. Tinea in Senegal : an epidemiologic study. *Int J of Dermatol* 2005,44 (Suppl 1), 24-25

11. Ogunbiyi AO, Owoaje E, Ndahi A. Prévalence of skin disorder in school children in Ibadan Nigeria. *Pediatr Dermatol* 2004;21(4):444-7.

12. Rybojad M. Hypothèse hygiéniste de la dermatite atopique. *Ann Dermatol Vénérolog* 2003 ;130 :17-42.

Tableau II : Répartition des dermatoses associées

| Dermatoses associée | nombre de cas | pourcentage |
|----------------------------|---------------|-------------|
| Gale et teigne | 14 | 17,5 |
| impétigo et gale | 6 | 7,14 |
| gale | 2 | 2,38 |
| impétigo et teigne et gale | 2 | 2,38 |
| teigne et gale | 1 | 1,19 |
| impétigo et teigne | 1 | 1,19 |
| teigne et eczéma | 1 | 1,19 |
| gale et verrue | | |
| gale et herpès circiné | | |
| teigne et chéloïde | | |

Tableau I : Répartition des différentes dermatoses

| Dermatoses | Nombres |
|---------------------------|---------|
| Kératodermie plantaire | 84 |
| Fréquences | 100 |
| Teigne | 64 |
| | 42,66 |
| Gale | 35 |
| | 23,33 |
| Impétigo | 23 |
| | 15,33 |
| Herpès circiné | 3 |
| Eczéma atopique | 2 |
| Pityriasis Rosé de Gibert | 1 |
| Verrues | 1 |
| Chéloïdes | 1 |



Figure 1 : présentation d'une cour et sanitaire d'une daara



Figure 2 : Deux talibés pratiquant la mendicité



Figure 3 : teigne diffus du cuir chevelu